Lane Medical Library

10 JAHRE ABORTBEHANDLUNG AN DER II. UNIVERSITÄTSKLINIK FÜR FRAUENKRANKHEITEN UND GEBURTSHILFE

VOM 1. DEZEMBER 1921 BIS 29. DEZEMBER 1930

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE

IN DER GESAMTEN MEDIZIN

VERFASST UND EINER HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄT

DER BAYER. LUDWIG-MAXIMILIANS-UNIVERSITÄT

ZU MÜNCHEN

VORGELEGT VON

PAUL ROSNER

MÜNCHEN 1930

DRUCK VON VAL. HÖFLING, MÜNCHEN, LÄMMERSTR. 1

Referent: Herr Professor Dr. Franz Weber.
Tag der mündlichen Prüfung: 27. Januar 1931.

Der moderne Staat hat aus einem ursprünglich religiösen Sittengesetz ein Staatsgesetz gemacht, indem er das Verbot der Fruchtabtreibung aus sozialen und Zweckmäßigkeitsgründen beibehalten hat. Der Staat erblickt in diesem Gesetz ein mächtiges Bollwerk gegen die Abnahme der Bevölkerung. Jede Verletzung dieses Gesetzes wird mit hohen Strafen belegt. Leider wirkt bei dem intensiven Wunsch und Willen zur Abtreibung bei den Frauen die gesetzliche Strafe nicht so abschreckend, daß sie nicht, abgesehen von vereinzelt auftauchenden Bedenken und Hemmungen moralischer und religiöser Art, selbst versuchen, die Leibesfrucht abzutreiben mit äußeren oder inneren Mitteln, die der moderne Warenmarkt in größtem Umfange unbekümmert eines staatlichen Verbotes feilbietet, oder sich in die Hände berufsmäßiger Abtreiber und Abtreiberinnen begeben. Es ist eine erschütternde Tatsache, daß nach Statistiken von Bumm und Schäffer allein in Deutschland eine halbe Million Aborte stattfinden, davon allein eine Viertelmillion in Berlin.

Nach Ansicht zahlreicher Autoren müssen 90% aller Aborte als kriminell angesehen werden; nach Bumm 95%. Somit fallen nur einige Prozente auf die Aborte, die unter ärztlicher Indikation eingeleitet werden und auf die Spontan-Aborte.

Das kulturgefährdende Problem des Geburtenrückganges sollte die ernsteste Sorge jedes Bevölkerungspolitikers sein, da es sich hier um wertvollste Volkskraft handelt, die durch die Abtreibung geopfert wird. Erschreckend ist auch die Selbstmordstatistik der Welt. 50 000 Menschen jährlich, doch sind dies zum größten Teil schiffbrüchige Existenzen, die dem Staat im allgemeinen nur mehr wenig nützen könnten. Das bolschewistische Rußland hat die Abtreibung freigegeben. Die statistischen Berichte und Erfahrungen über ein Jahrzehnt erscheinen bei der Einschränkung der Pressefreiheit selbstverständlich meist nur im günstigsten Lichte. Nach Karlien sei seit dem Erlaß des Dekretes der kriminelle Abort erheblich zurückgegangen, indem zahlengemäß in bisher 100 kriminellen Aborten 70 Fälle legalisiert wurden. Folglich bleiben 30 Fälle als kriminell übrig; ebenfalls werden im allgemeinen die gesundheitlichen Schädigungen durch häufiges Abortieren so minimal angesetzt, daß wohl größte Skepsis am Platze ist. Im übrigen ist Rußland mit seiner hohen Geburtenziffer, wodurch es sich diese

aus sozialen Gründen erzwungene Einschränkung eher erlauben kann, besser daran als das übrige Europa.

Die in Deutschland in der Nachkriegszeit, besonders aber in den letzten Jahren beobachtete starke Zunahme der Aborte hat ihre Ursache in der allgemeinen wirtschaftlichen Krise, mit der ein bedenklicher moralischer Tiefstand des deutschen Volkes einhergeht. In hohem Maße hat sich seit 1924 auch das Anwendungsgebiet zur künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft durch die eugenetische Grundlage vergrößert. Unter diese Indikation fallen neuerdings folgende krankhafte Veränderungen des Organismus: Idiotie, Dementia praecox, genuine Epilepsie, Schwachsinn usw. Doch fordern Winter und Döderlein genaueste Indikationsstellung, da nach Döderlein die Beseitigung der Schwangerschaft selbst unter dem Schutze der Antisepsis einen nicht ungefährlichen Eingriff darstellt.

Bis heute besteht noch keine Einigkeit in der Wahl der Methode der Abortbehandlung. „Seitdem Winter vor 10 Jahren die konservative Behandlung des septischen Abortes und eine bakteriologische Indikationsstellung, die Untersuchung auf das Vorhandensein von haemolytischen Streptokokken vor jedem aktiven Vorgehen verlangte, ist der Streit entbrannt." (Saenger.)

Unsere Klinik hat die aktive Behandlung der Aborte übernommen, d. h. es wird jeder Abort, gleichviel ob fieberhaft (wobei als Grenze eine Achseltemperatur von 37,5 angesehen wird) oder fieberfrei bei gegebener Indikation, worunter eröffneter Muttermund und starke Blutung zu verstehen sind, sofort ausgeräumt. Es stehen sich die Anschauungen über die Abortbehandlung noch schroff gegenüber; als Vertreter der konservativen Methode wären zu nennen neben ihrem Begründer Winter, Traugott, Menge, Walthard u. a. Als Vertreter der aktiven Schule sind anzuführen: Döderlein, Weber, Warnekros, v. Franqué, ebenso sprechen Arbeiten aus der Baseler und Würzburger Klinik für aktives Vorgehen.

Weber konnte an Hand des Materials der Universitätsfrauenklinik München nachweisen, daß der Uterus beim protrahierten Abort nie keimfrei sei. Selbst fieberfreie Fälle erwiesen sich mitunter als mit Keimen infiziert. Er fordert daher möglichst schleunige Ausräumung der Aborte. Ebenso wie Weber forderte Saenger rasche instrumentelle Ausräumung der manifesten Aborte, gleichviel ob fieberhaft oder fieberfrei.

Bumm, seine Schüler und Anhänger schreiben dem Ei die Hauptrolle für die Unterhaltung der Infektion zu und verlangen deshalb die schleunigste Entleerung des Uterus, im Gegensatz

dazu die Vertreter der konservativen Methode (Winter), die in der Curettage die Gefahr des mechanischen Keimimportes und eine Schädigung der Lösungsstelle sehen.

Warnekros vergleicht mit Recht den fieberhaften Abort mit der fieberhaften Geburt im Gegensatz zu vielen anderen, z. B. Latzko, die den fieberhaften Abort mit dem Wochenbett vergleichen. Fieberhafte Geburt ist in der Geburtshilfe eine strikte Indikation zur baldigen Beendigung der Geburt. (Saenger.)

Warnekros unterscheidet auf Grund zahlreicher bakteriologischer Untersuchungen beim fieberhaften Abort zwei Hauptgruppen, die klinisch verschieden zu erklären und prognostisch verschieden zu bewerten sind.

I. Die akute vorübergehende oder mechanische Bakteriämie, bei der nur zu bestimmten Zeiten Keime im Blute kreisend gefunden werden und

II. die dauernde bzw. spontane Bakteriämie, bei der jede Blutentnahme einen mehr oder minder reichlichen Keimgehalt des Blutes ergibt.

Die mechanische Bakteriämie wird bei kurzdauernden fieberhaften Aborten bis zur vollständigen Ausräumung beobachtet; die dauernde Bakteriämie entweder anschließend an vollendeten Abort oder im Verlaufe eines verschleppten Falles. Bei der akuten mechanischen Bakteriämie muß als Quelle der Keimüberschwemmung die Placenta angesehen werden; bei der spontanen Bakteriämie dagegen die Wurzeln und Verzweigungen der abführenden Venenstämme innerhalb der Uterusmuskulatur. Von dieser pathol.-anatomischen Verschiedenheit hängt auch die Prognose des jeweiligen Falles ab. Neben einer allgemeinen Disposition für die Entstehung einer Infektion nimmt Warnekros ebenfalls eine lokale Disposition an, den uteroplacentaren Kreislauf, „der die verbindende Brücke zwischen dem infizierten fötalen Abortgewebe und dem mütterlichen Organismus darstellt. Solange hier Zirkulation besteht, besteht auch die Möglichkeit der mechanischen Bakteriämie". Warnekros hat ferner durch bakteriologische Untersuchungen festgestellt, daß nach Unterbrechung des uteroplacentaren Kreislaufes die Keime, die vor der Ausräumung massenhaft im mütterlichen Blut nachweisbar waren, mit einem Schlage verschwunden sind. Der Krankheitsprozeß hat sich auf das Endometrium lokalisiert, die Temperatur fiel ab. Nach der Ausräumung haben sich die klaffenden Gefäßlumina geschlossen, wodurch die direkte angiotische Verbindung zwischen Uterushöhle und dem mütterlichen Gefäßsystem weggefallen ist. Es ist dadurch eine

weitere Keimverschleppung unmöglich geworden. Die Blutuntersuchungen bei fieberhaften Aborten ergaben, daß die Hauptaussaat der Keime vor Unterbrechung des uteroplacentaren Kreislaufes stattfindet, also zu einem Zeitpunkte, wo noch keine resorbierende Wundfläche existiert, die Sachs gerne für seine Anschauung angenommen haben will. Abgesehen von einer größeren Überschwemmung mit Keimen unmittelbar nach der Ausräumung zeigt sich, wie selbst die Untersuchung von Sachs übereinstimmend ergab, daß schon kurze Zeit nach der Ausräumung trotz Keimgehalt der Uterushöhle das mütterliche Blut absolut keimfrei ist. Der uteroplacentare Kreislauf ist unterbrochen, somit findet keine Aussaat von Bakterien in die Blutbahn statt, obwohl eine resorbierende Wundfläche besteht und im Uteruscavum sich Keime nachweisen lassen. Solange der uteroplacentare Kreislauf besteht, können auch Keime, die sonst nie primär pathogen sind und nicht die Fähigkeit besitzen spontan einzudringen, gelegentlich mal eine sekundäre Virulenz erwerben und die Widerstandskraft des Organismus bei entsprechend langer Einwirkung und günstigen anatomischen Verhältnissen so beeinträchtigen, daß unter schwerstem Krankheitsbild der Exitus eintreten kann. In den Fällen aber, die zunächst fieberfrei verlaufen und erst einige Tage nach Ausräumung die Zeichen der Infektion haben, muß es sich um primär pathogene Keime mit invasiver Fähigkeit handeln, invasiv insofern, als bei Fortfall der Gefäßbrücke nur Keime mit ausgesprochener invasiver Fähigkeit den Weg ins Blut und Lymphgefäßsystem sich bahnen können.

Die prognostische Beurteilung eines Krankheitsbildes richtet sich im allgemeinen ganz nach der Art, Virulenz, Zahl und Dauer der Einwirkung der eingedrungenen Keime einerseits, nach den pathologisch-anatomischen Verhältnissen des Uterusinneren und den allgemeinen Abwehrkräften des Gesamtorganismus andererseits.

Die nun folgenden statistischen Tabellen vom 1. Januar 1921 bis 29. Dezember 1930 geben Aufschluß über die Zahl, Verlauf und Behandlung der an der II. Universitätsklinik für Frauenkrankheiten und Geburtshilfe behandelten Abortfälle bei überwiegend aktivem Vorgehen.

Ergebnisse an der II. Gynäkologischen Klinik in München.

1921.

1. Januar bis 1. Oktober.

Im Berichtsjahr behandelten wir 174 Fälle von Abort, darunter 16 Interruptionen.

Es trafen auf:

Verheiratete	89 = 51,1%
Ledige	85 = 48,9%

Das Verhältnis zwischen Verheirateten und Ledigen, Erstgebärenden und Mehrgebärenden stellt sich folgendermaßen dar:

Stand	I-para	M-para
Verheiratet	9	77
Ledig	59	29

Die Altersklassen gruppieren sich folgendermaßen:

Altersklasse	Zahl
14 Jahre	1 (Notzucht)
von 16—20 Jahren	25
„ 21—25 „	47
„ 26—30 „	48
„ 31—35 „	29
„ 36—40 „	17
„ 41—45 „	6
„ 47 Jahren	1

Die Untersuchung nach dem Schwangerschaftsmonat lieferte folgende Zusammenstellung:

Monat	Zahl
1. Monat	11
2. Monat	75
3. Monat	59
4. Monat	19
5. Monat	5
6. Monat	5
Summe	174

Es waren:

Fieberfrei	127	Fälle = 72,99%
Fieberhaft	47	Fälle = 27,01%

wobei wir als obere Grenze eine Achseltemperatur von 37,5 annehmen.

Die fieberhaften Fälle verteilten sich wie folgt auf Ledige und Verheiratete, Erst- und Mehrgebärende:

	fieberhaft	
Stand	I-para	M-para
Verheiratet	3	20
Ledig	15	9

Von 174 Abortfällen behandelten wir:

Rein aktiv	164 Fälle = 93,7%	
Rein konservativ	10 Fälle = 6,3%	(davon 3 ab. im.)

In den meisten Fällen, = 93,7%, gingen wir aktiv vor. Der Verlauf der fieberhaften Fälle gestaltete sich folgendermaßen:

Verlauf	aktiv	konservativ
Völlig fieberfrei blieben	120	7
Bei Einlieferung Fieber, nach Operation entfiebert	35	—
Reaktionsfieber	4	—
Leichtes Fieber	1	2
Schweres Fieber	3	1
Fieber wegen Nebenerkrankungen	1	—
Summe	164	10

Hiervon starben:

Aktiv behandelt	2 (Uterusperforation)	1,2% extra muros. Totalexstirpation)
Konservativ behandelt	0 = 0,0%	

Nachfolgende Zusammenstellung gibt einen Überblick über die Dauer des Fiebers von 47 fieberhaften Fällen, aktiv bzw. konservativ behandelt.

Verlauf	aktiv	konservativ
Sofort entfiebert	35	1
Am 2. bis 5. Tag entfiebert	5	1
Später entfiebert	4	1
Summe	44	3

Komplikationen	Zahl
Endometritis	4
Parametritis	1
Peritonitis	1 (Exitus letalis)
Sepsis	2 (davon 1 Exitus letalis)
Septikämie	1

Nebenerkrankungen	Zahl
Pneumonie	1
Pyelitis	1
Lues	1
Go. u. Lues	1

Interruptionen wurden aus folgender Indikation vorgenommen:

	Zahl
Tuberkulose pulm.	9
Pyelitis chron.	1
Psychose	1
Blasenpapillom	1
Hyperemesis	1
Endocarditis	1
Nephritis	1
Notzucht u. Degenerationserscheinungen	1 (14 Jahre alt)

Bei aktiver Behandlung ergab sich eine Aufenthaltsdauer in der Klinik von 6,2 Tagen, bei konservativer Behandlung von 9,7 Tagen.

Bei aktiver Behandlung ergab sich eine Mortalität von 1,2%, bei konservativer Behandlung von 0,0%.

Todesfälle hatten wir 2 zu verzeichnen:

Fall 1.

Die 38 Jahre alte verheiratete Zugeherin M. P. Mens. V. Aufgenommen am 23. 5. 21. Nach ihrer Angabe am 14. 5. spontan Abort, anschließend daran Curettage, nach 2 Tagen sehr hohe Temperatur, Schmerzen in der rechten Unterbauchseite, jedoch keine Blutung, Urinieren war unmöglich.

Status: Etwas verfallen aussehende Frau, Puls 130 klein, weich, Leib gespannt, Druck schmerzhaft. — Temperatur 38,4.

Am 25. 5. Muttermund geschlossen, Uterus hart, mäßig, beweglich, links Infiltration der Parametrien.

Am 28. 5. Temperatur zeigt Neigung zum Abfallen.

Am 30. 5. Temperatur 40,0, am linken Bein thrombophlebitische Herde, auf Zunge und Gaumen eitrige Beläge.

Am 1. 6. Incision eines großen Abszesses an der linken großen Schamlippe. Allgemeinbefinden etwas besser.

Am 10. 6. Am linken Glutäus maximus ein neuer Abszeß, wird incidiert.

Unter allmählichem Verfall tritt Exitus letalis ein.

Sektionsbefund: Abortus febrilis Mens. V. Sepsis.

Fall 2.

Am 30. 8. wurde die 29jährige Frau in die Klinik moribund eingeliefert. (Nähere Angaben konnten nicht mehr ermittelt werden.)

Ein Arzt soll eine Curettage vorgenommen haben, wobei er den Uterus perforierte und dasselbe erst merkte, als er den Blinddarm hervorgezogen hatte.

Therapie: Sofortige Totalexstirpation des Uterus, Ovarien verbleiben, Schluß der Bauchhöhle. Puls klein, fadenförmig. Patientin sieht sehr verfallen aus.

Am 31. 8. Exitus letalis — Peritonitis.

1921/22.

1. Oktober 1921 bis 30. September 1922.

Nach der Inaugural-Dissertation von Josef Schnurrer.

Im Berichtsjahr behandelten wir 310 Fälle von Abort, darunter 28 Interruptionen.

Es trafen auf:

Verheiratete	128	= 41%
Ledige	182	= 59%

Stand	I-para	M-para
Verheiratet	4	124
Ledig	103	79

Altersklasse	Zahl	Prozent
15—20 Jahre	35	11,2
21—25 „	96	30,72
26—30 „	88	27,16
31—35 „	54	17,28
36—40 „	24	7,68
41—45 „	12	3,84

Monat	Zahl	Prozent
1. Monat	3	0,96
2. Monat	84	27,1
3. Monat	140	45,12
4. Monat	56	18,10
5. Monat	23	7,42
6. Monat	4	1,3

Es waren:

Fieberfrei	211	Fälle = 68,06%
Fieberhaft	99	Fälle = 31,94%

	fieberhaft	
Stand	I-para	M-para
Verheiratet	1	51
Ledig	36	28

Verlauf	aktiv	konservativ
Völlig fieberfrei blieben	178	14
Bei Einlieferung Fieber, nach Operation entfiebert	35	—
Reaktionsfieber	17	—
Leichtes Fieber	19	6
Schweres Fieber u. Nebenerkrankungen	33	6
Summe	282	28

Hiervon starben:

Aktiv behandelt	4
Konservativ behandelt	3

Bei aktiver Behandlung ergab sich eine Mortalität von 1,06%, bei konservativer Behandlung von 7,7%.

Von 310 Abortfällen behandelten wir:

Rein aktiv	382	Fälle = 90,96%
Rein konservativ	26	Fälle = 8,4 %
Konservativ mit der Notwendigkeit der Nachräumung	2	Fälle = 0,64%

Verlauf	aktiv	konservativ
Sofort entfiebert	52	3
Vom 2. bis 5. Tag entfiebert	28	5
Später entfiebert	24	4

Es traten 44mal Komplikationen auf, 32mal Nebenerkrankungen. Durchschnittliche Aufenthaltsdauer bei aktiver Behandlung 7,3 Tage, bei konservativer Behandlung 9,5 Tage.

1922 23.

1. Oktober 1922 bis 30. September 1923.

Nach Inaugural-Dissertation von Herrn Weinauer.

Im Berichtsjahr behandelten wir 325 Fälle von Abort, darunter 33 Interruptionen.

Es trafen auf:

Verheiratete	151	= 46,4%
Ledige	174	= 53,6%

Stand	I-para	M-para
Verheiratet	12	139
Ledig	93	81

Altersklasse	Zahl	Prozent
15—20 Jahre	19	5,84
21—25 „	116	35,69
26—30 „	89	30,4
31—35 „	63	19,3
36—40 „	24	7,38
41—45 „	13	4,0
46 Jahre	1	0,78

Monat	Zahl	Prozent
1. Monat	24	7,3
2. Monat	114	35,3
3. Monat	121	37,2
4. Monat	44	13,5
5. Monat	13	4,0
6. Monat	9	2,7

Es traten 30mal Komplikationen auf, 27mal Nebenerkrankungen. Durchschnittliche Aufenthaltsdauer bei aktiver Behandlung 8,2 Tage, bei konservativer Behandlung 9,4 Tage.

Es waren:

Fieberfrei	217 Fälle	= 66,76%
Fieberhaft	108 Fälle	= 33,24%

	fieberhaft	
Stand	I-para	M-para
Verheiratet	5	38
Ledig	39	20

Verlauf	aktiv	konservativ
Völlig fieberfrei blieben	181	15
Bei Einlieferung Fieber, nach Operation entfiebert	36	—
Reaktionsfieber	19	—
Leichtes Fieber	16	5
Schweres Fieber	5	2
Fieber wegen Nebenerkrankungen	28	5
Summe	285	27

Hiervon starben:

Aktiv behandelt	3
Konservativ behandelt	1

Verlauf	aktiv	konservativ
Sofort entfiebert	49	2
Vom 2. bis 5. Tag entfiebert	28	3
Später entfiebert	24	1

Von 325 Abortfällen behandelten wir:

Rein aktiv	285 Fälle =	87,69%
Rein konservativ	27 Fälle =	8,46%
Konservativ mit der Notwendigkeit der Nachräumung	13 Fälle =	3,85%

Bei aktiver Behandlung ergab sich eine Mortalität von 1,05%, bei konservativer Behandlung von 3,7%.

1924.

1. Januar bis 31. Dezember.

Im Berichtsjahr behandelten wir 239 Fälle von Abort, darunter 43 Interruptionen.

Es trafen auf:

Verheiratete	94 = 39,2%
Ledige	145 = 60,8%

Das Verhältnis zwischen Verheirateten und Ledigen, Erstgebärenden und Mehrgebärenden stellt sich folgendermaßen dar:

Stand	I-para	M-para
Verheiratet	14	91
Ledig	105	29

Die Altersklassen gruppieren sich folgendermaßen:

Altersklasse	Zahl
15 Jahre	1 (wegen Degenerationserscheinung Interruptio)
16—20 Jahre	36
21—25 „	82
26—30 „	56
31—35 „	34
36—40 „	19
41—46 „	10
47 Jahre	1

Die Untersuchung nach dem Schwangerschaftsmonat lieferte folgende Zusammenstellung:

Monat	Zahl
1. Monat	4
2. Monat	77
3. Monat	89
4. Monat	38
5. Monat	21
6. Monat	10
Summe	239

Es waren:

Fieberfrei	181 Fälle	= 75,8%
Fieberhaft	58 Fälle	= 24,2%

Die fieberhaften Fälle verteilten sich wie folgt auf Ledige und Verheiratete, Erst- und Mehrgebärende:

	fieberhaft	
Stand	I-para	M-para
Verheiratet	4	25
Ledig	19	10

Von 239 Abortfällen behandelten wir:

Rein aktiv	225 Fälle	= 93,7%
Rein konservativ	11 Fälle	= 5,1% (davon 6 ab. im.)
Konservativ mit der Notwendigkeit der Nachräumung	3 Fälle	= 1,2%

In den meisten Fällen, = 93,7%, gingen wir aktiv vor. Der Verlauf der fieberhaften Fälle gestaltete sich folgendermaßen:

Verlauf	aktiv	konservativ
Völlig fieberfrei blieben	153	7
Bei der Einlieferung Fieber, nach der Operation entfiebert	34	—
Reaktionsfieber	5	—
Leichtes Fieber	6	2
Schweres Fieber	5	2
Fieber wegen Nebenerkrankungen	4	—
Summe	225	11

Hiervon starben:

Aktiv behandelt	4 = 1,7%
Konservativ behandelt	0 = 0 %

Nachfolgende Zusammenstellung gibt einen Überblick über die Dauer des Fiebers von 58 fieberhaften aktiv bzw. konservativ behandelten Fällen:

Verlauf	aktiv	konservativ
Sofort entfiebert	35	2
Am 2. bis 5. Tag entfiebert	15	2
Später entfiebert	4	—
Summe	54	4

Komplikationen	Zahl	
Endometritis	4	
Hyperemesis	1	
Uterusperforation u. Peritonitis	1	(Exitus letalis) †
Pyämie	2	(Exitus letalis) †
Peritonitis	1	(Exitus letalis) †

Nebenerkrankungen	
Adnexitis	1
Angina	2
Abszeß	1
Bronchitis	1
Anaemie	2
Go.	1

Interruptionen wurden aus folgender Indikation vorgenommen:

Tuberkulose pulm.	23	Nephropathie	1
Nephritis	1	Ovarialcyste	1
Adnexitis	1	Psychose	1
Blasenscheiden-Fistel	1	Kyphoskoliose	1
Herzinsuff.	3	Stat. post Nephrektomie	1
Hyperemesis	2	Aorteninsuff.	1
Degenerat.-Erscheinung u. Go.	1	Anaemie	1
Nierentumor	1	Psychose	1
Basedow	1	Skelett deformat.	1

Bei aktiver Behandlung ergab sich eine durchschnittliche Aufenthaltsdauer in der Klinik von 4,8 Tagen, bei konservativer Behandlung von 6,1 Tagen.

Bei aktiver Behandlung ergab sich eine Mortalität von 1,7%, bei konservativer Behandlung von 17,2%.

Todesfälle hatten wir 4 zu verzeichnen:

Fall 1.

Die 33 Jahre alte, verheiratete Lokomotivführersfrau wurde von ihrem behandelnden Arzt am 12. 3. 24 wegen Verdachts der Perforation nach erfolgter Curettage in die Klinik eingewiesen.

Status: Fiebernde Patientin mit ängstlichem Gesichtsausdruck, Puls beschleunigt, Leib aufgetrieben, Temperatur 38,4.

13. 3. Totalexstirpation des Uterus, Adnexe verwachsen, rechts gänseeigroße Pyosalpinx: Pelveoperitonitis subacuta. Allgemeinbefinden sehr schlecht, Puls beschleunigt 140, Zunge trocken.

15. 3. Befinden sehr schlecht, Puls beschleunigt, Zunge trocken, Atmung beschleunigt, Temperatur 39,0.

16. 3. Sensorium getrübt, Puls kaum zu fühlen. Exitus.

Fall 2.

Die 29 Jahre alte verheiratete Arbeitersfrau (III.-para) wurde von ihrem Arzt wegen Temperatur nach erfolgter Curettage in die Klinik eingewiesen.

Status: Muttermund geschlossen, Uterus klein, beweglich, Adnexe frei. Stark intermittierende Temp. Schüttelfröste. Fulmargin 10 ccm, Coffein, Digipan.

13. 10. Thrombose des Unterschenkels.

18. 10. Verfallenes Aussehen.

29. 10. Exitus.

Sektionsbefund: Thrombophlebitis putrida venae cavae. Septische Milzschwellung. Multiple Lungenabszesse.

Fall 3.

23 Jahre alte Wirtstochter I-para.

Am 28. 10. Curettage wegen stärkerer Blutung, nach 3 Tagen Schüttelfröste, Temperatur 40,0. Seit 5 Tagen Erbrechen. Aufgenommen am 5. 11. 24.

Status: Gelblich-weiße Facies, Nasenflügelatmen, Puls 92, weich, Temperatur 38,0. Leib wenig gespannt, kein Druckschmerz. Muttermund geschlossen.

Therapie: Reichliche Nahrung, Cardiaca Fulmargin. Exitus. Septischer Abortus, Pyämie.

Fall 4.

29 Jahre alte Packerin, ledig, Abortus febrilis Mens. II. Aufgenommen am 17. 12.

Vor 3 Wochen Blutung, nach konservativer Behandlung trat Besserung ein. Am 8. 12. erneut Blutung, Verschlechterung des Allgemeinbefindens, Leibschmerzen beiderseits, Erbrechen, Schüttelfröste. Der wegen der unerträglichen Schmerzen zugezogene Arzt wies die Patientin in die Klinik ein.

Status: Facies verfallen, Nasenflügelatmen, Puls 132 klein, Leib diffus, bretthart gespannt, außerordentlich druckschmerzhaft. Muttermund für Bleistift durchgängig. Temperatur 38,0.

Therapie: Am 17. 12. Vorsichtige Dilatation, Curettage des ziemlich weichen Uterus, es werden einige Placentarstücke entfernt. Ausspülung von Uterus und Vagina mit Jodalkohol. Einlegen eines Jodoformstreifens. Alsdann Eröffnung des Douglas (kein Eiter). Im Anschluß an die Operation Fulmargin 10 ccm. Cardiaca, Beckentieflagerung, Eisblase, abends Einsetzen einer allmählich zunehmenden Cyanose.

18. 12. Ständig zunehmende Herzschwäche. Exitus letalis. Peritonitis nach Abortus febrilis Mens. II.

1925.

1. Januar bis 31. Dezember.

Im Berichtsjahr behandelten wir 335 Fälle von Abort, darunter 53 Interruptionen.

Es trafen auf:

Verheiratete	168 = 50,0%
Ledige	167 = 50,0%

Das Verhältnis zwischen Verheirateten und Ledigen, Erstgebärenden und Mehrgebärenden stellt sich folgendermaßen dar:

Stand	I-para	M-para
Verheiratet	13	63
Ledig	123	136

Die Altersklassen gruppieren sich folgendermaßen:

Monat	Zahl
15—20 Jahre	35
21—25 „	126
26—30 „	84
31—35 „	52
36—40 „	27
41—46 „	11

Die Untersuchung nach dem Schwangerschaftsmonat lieferte folgende Zusammenstellung:

Altersklasse	Zahl
1. Monat	5
2. Monat	130
3. Monat	120
4. Monat	48
5. Monat	24
6. Monat	8
Summe	335

Es waren:

Fieberfrei	248 Fälle	= 74,1%
Fieberhaft	87 Fälle	= 25,9%

Die fieberhaften Fälle verteilen sich wie folgt auf Ledige und Verheiratete, Erst- und Mehrgebärende:

	fieberhaft	
Stand	I-para	M-para
Verheiratet	5	46
Ledig	32	4

Von 335 Abortfällen behandelten wir:

Rein aktiv	298 Fälle	= 85,6%
Rein konservativ	20 Fälle	= 8,8% (davon 10 ab. im.)
Konservativ mit der Notwendigkeit der Nachräumung	17 Fälle	= 5,6%

In den meisten Fällen, = 85,6%, gingen wir aktiv vor.

Der Verlauf der fieberhaften Fälle gestaltete sich folgendermaßen:

Verlauf	aktiv	konservativ
Völlig fieberfrei blieben	216	15
Bei der Einlieferung Fieber, nach der Operation entfiebert	59	2
Reaktionsfieber	10	—
Leichtes Fieber	5	1
Schweres Fieber	7	2
Fieber wegen Nebenerkrankungen	1	—
Summe	298	20

Hiervon starben:

Aktiv behandelt	6 = 2,01%
Konservativ behandelt	2 = 10,0%

Nachfolgende Zusammenstellung gibt einen Überblick über die Dauer des Fiebers von 87 fieberhaften aktiv bzw. konservativ behandelten Fällen:

Verlauf	aktiv	konservativ
Sofort entfiebert	59	1
Am 2. bis 5. Tag entfiebert	15	4 (Exitus)
Später entfiebert	8 (davon 3 Exitus)	—
Summe	82	5

Komplikationen	Zahl	
Parametritis	1	
Endometritis	10	
Ileus	1	(Exitus)
Sepsis	2	(Exitus)
Peritonitis	3	(Exitus)
Uraemie	1	(Exitus)

Nebenerkrankungen	
Ikterus	1
Go.	7
Anaemie	2
Parovarialcyste	1
Retroflexio	2
Adnexitis	1

Interruptionen wurden aus folgender Indikation vorgenommen:

Tuberk. pulm.	32	Basedow	2
Herzinsuff.	5	Hyperemesis	6
Adnextumor	1	Konstitut. Störung	1
Diabetes	1	Nephrose	1
Enges Becken	1	Lues	1
Ca. vaginae	1	Uterus myomat.	1

Bei aktiver Behandlung ergab sich eine durchschnittliche Aufenthaltsdauer in der Klinik von 7,3 Tagen, bei konservativer Behandlung 9,1 Tagen.

Bei aktiver Behandlung ergab sich eine Mortalität von 2,0%, bei konservativer Behandlung von 10,0%.

Todesfälle hatten wir 8 zu verzeichnen:

Fall 1.

33 Jahre alte Möbeltransporteursfrau M. P. Aufgenommen am 26. 3. 25.

Am 25. 3. stechende Schmerzen im Leib und Diarrhöen, die sich steigerten, später trat heftiger Harndrang auf. Nach ihrer Angabe machte sie eine Spülung mit Sublimat. Nachts traten heftige Schmerzen auf und Erbrechen.

Status: Mittelgroße Frau, guter E. Z. Puls gut, gespannt. Uterus frauenfaustgroß. Auf energisches Befragen gesteht Pat. eine Spülung mit einer „Wundtablette" gemacht zu haben. Scheidenschleimhaut stößt sich bei der Untersuchung mit dem Speculum in bläulich gefärbten Fetzen ab. Ausgedehnte Spülung.

28. 3. Urinentlehrung sehr gering. Alb. u. R. R. 160.

29. 3. Urinentlehrung fast vollständig aufgehoben. Katheterisierung.

1. 4. 320 ccm Aderlaß.

2. 4. Langsame Verschlechterung des Allgemeinbefindens, keine Urinabsonderung. 5^{15} Uhr Exitus — Uraemie.

Fall 2.

34 Jahre alte verheiratete Schneidersfrau. Wurde am 23. 1. 25 in die Klinik aufgenommen.

Am 11. 1. wegen Abortus Curettage, zwei Tage später wegen starker Blutung Tamponade. Am nächsten Tage Schüttelfrost, der sich häufig wiederholte, Erbrechen. Seit 18. 1. Leib aufgetrieben und Druck schmerzhaft. Heute Frau benommen.

Status: Verfallen, gelblich-blaß aussehende Frau, somnolent, Nasenflügelatmen, leichte Cyanose der Lippen, trockene Zunge. Leib aufgetrieben, diffus gespannt. Muttermund Fingerkuppe einlegbar. Temperatur 38,9. Puls 120 weich.

NB. Ehemann gibt noch an, daß der Arzt, der die Auskratzung machte, seine Instrumente in Zeitungspapier eingewickelt hatte und unausgekocht benutzte.

Therapie: Beckentieflagerung, Eisblase, Campfer 2mal 5,0, Digipan, Alkohol.

25. 1. Abends große Unruhe, Mph. 0,015.

26. 1. Ab 3 Uhr tief bewußtlos. 7^{40} Uhr Exitus. — Pyaemie.

Fall 3.

19 Jahre alte Kontoristin, ledig M. IV. Aufgenommen am 12. 2. 1925. Seit 10. 2. hartnäckige Obstipation, erschwertes Urinlassen. Kleine Pat. leidliche E. Z., gesunde Hautfarbe. Leib aufgetrieben durch einen bis zum Nabel reichenden prall elastischen Tumor. (Blase!)

13. 2. Muttermund geschlossen, durch Katheter werden 3 Liter Urin entleert.

18. 2. Spontanes Urinieren unmöglich, keine Stuhlentleerung. Spontanabort, Frucht 8 cm lang. Nachräumung 19. 2. Wegen Fortdauer der Ileus-Erscheinungen Laparotomie.

22. 2. Exitus.

Fall 4.

23 Jahre alte ledige Aushilfe. M. III. Aufgenommen 26. 5. 25. Seit heute Blutung, krampfartige Schmerzen.

Status: Kräftige Person, guter E. Z. Muttermund geschlossen. Temperatur 37,4.

26. 5. Curettage, Sondenlänge 15 cm.

31. 5. Geringe Blutung. Temperatur 39. Subjektives Wohlbefinden. Eisblase Afenil.

5. 6. Temperatur 40,1. Schmerzen im Unterbauch, Erbrechen, Stuhl- und Windverhaltung.

6. 6. Meteorismus.

9. 6. Verfall. Temperatur 40,9. Puls kaum fühlbar. Exitus.

Sektionsbefund: Diffuse Peritonitis.

Fall 5.

43 Jahre alte Ehefrau. Mens. III. Aufgenommen 6. 6. 25.

Am 19. 5. Auskratzung durch Arzt wegen Abortus i. c. Von diesem Tage an weiß sie keine genaueren Angaben zu machen.

Am 6. 6. Hochfiebernd, somnolent, Klinikaufnahme. Temperatur 39,4.

Status: Mittelgroße Frau, mäßiger E. Z. Leib etwas gespannt. Muttermund quer gespalten, sonst o. B.

8. 6. Hohe Temperatur, 40,0. Fulmargin.

10. 6. Zustand verschlechtert.

11. 6. Exitus. — Sepsis.

Fall 6.

27 Jahre alte verheiratete Frau, M. p. Mens. III. Wegen Tbc. und Epilepsie Interruptio. — Am vierten Tage Exitus.

Fall 7.

27 Jahre alte Köchin, ledig, Mens. II. Aufgenommen am 1. 8. 25. Wegen drohendem Abort vom Arzt in die Klinik eingewiesen. Temperatur 40,2. Curettage. Sondenlänge 10 cm. Es werden reichlich Placentarreste entfernt. Jod, Tamponade.

2. 8. Tampon entfernt. Allgemeinbefinden stark beeinträchtigt. Puls 135. Temperatur 38,4. Erbrechen, Bauch aufgetrieben.

7. 8. Probepunktion des Douglas. Dünnflüssiger Eiter. Anschließend Kolpotomie mit Thermokauter. Massenhaft stinkender braungelber Eiter, Tamponade.

8. 8. Puls schlecht, Sensorium getrübt. Temperatur 40,5. 10 Uhr Exitus. — Septischer Abort. — Peritonitis.

Fall 8.

24 Jahre alte verheiratete Frau. Aufgenommen am 20. 9. 25.

Anamnese: Vor 8 Tagen Stechen im Leib, Fieber, geringe Blutung. Abgang übelriechender Blutklumpen. Curettage durch Arzt. Nach einigen Tagen kein Fieber, jedoch Schmerzen beim Wassermachen. Stechen im Unterleib, leichte Blutung.

Status: Kräftige Frau, guter E. Z. Zunge belegt. Leib in den unteren Partien gespannt und druckempfindlich. Temperatur 39,4.

20. 9. Temperatur 39,4. Puls 123. Stuhlverhaltung. 3mal 5 ccm Fulmargin.

23. 9. Appetit gering. Subjektives Wohlbefinden. Leib gespannt.

25. 9. Leib meteoristisch, starker Druckschmerz. Temperatur 39,2. Puls 142. 5 ccm Cylotropin. Geringe Schmerzen, Singultus, Erbrechen, Stuhl- und Windverhaltung. Facies abdominalis, kühle feuchte Extremitäten. Puls 147. Temperatur 37,5. 2 Uhr morgens Exitus.

1926.

1. Januar bis 31. Dezember.

Im Berichtsjahr behandelten wir 307 Fälle von Abort, darunter 31 Interruptionen.

Es trafen auf:

Verheiratete	122	= 39,7%
Ledige	185	= 60,3%

Das Verhältnis zwischen Verheirateten und Ledigen, Erstgebärenden und Mehrgebärenden stellt sich folgendermaßen dar:

Stand	I-para	M-para
Verheiratet	15	110
Ledig	124	58

Die Altersklassen gruppieren sich folgendermaßen:

Altersklasse	Zahl
15—20 Jahre	35
21—25 „	100
26—30 „	95
31—35 „	48
36—40 „	27
41—45 „	2

Die Untersuchung nach dem Schwangerschaftsmonat lieferte folgende Zusammenstellung:

Monat	Zahl
1. Monat	5
2. Monat	120
3. Monat	119
4. Monat	42
5. Monat	15
6. Monat	6
Summe	307

Es waren:

Fieberfrei	224 Fälle	= 72,97%
Fieberhaft	83 Fälle	= 27,03%

Die fieberhaften Fälle verteilen sich wie folgt auf Ledige und Verheiratete, Erst- und Mehrgebärende:

	fieberhaft	
Stand	I-para	M-para
Verheiratet	4	39
Ledig	29	11

Von 307 Abortfällen behandelten wir:

Rein aktiv	275 Fälle = 89,5%	
Rein konservativ	25 Fälle = 8,3%	(davon 17 ab. im.)
Konservativ mit der Notwendigkeit der Nachräumung	7 Fälle = 2,2%	

In den meisten Fällen, - 89,5%, gingen wir aktiv vor. Der Verlauf der fieberhaften Fälle gestaltete sich folgendermaßen:

Verlauf	aktiv	konservativ
Völlig fieberfrei blieben	199	18
Bei der Einlieferung Fieber, nach der Operation entfiebert	47	—
Reaktionsfieber	7	1
Leichtes Fieber	10	3
Schweres Fieber	8	3
Fieber wegen Nebenerkrankungen	4	—

Hiervon starben:

Aktiv behandelt	2 = 0,9%
Konservativ behandelt	1 = 4,0%

Nachfolgende Zusammenstellung gibt einen Überblick über die Dauer des Fiebers von 83 fieberhaften aktiv bzw. konservativ behandelten Fällen:

Verlauf	aktiv	konservativ
Sofort entfiebert	47	2
Am 2. bis 5. Tag entfiebert	20	2 (dav. 1 Exitus)
Später entfiebert	10 (dav. 1 Exitus)	2 (dav. 1 Exitus)
Summe	77	6

Komplikationen	Zahl
Sepsis	5 (davon 3 Exitus)
Endometritis	5
Perimetritis	1
Parametritis	1
Sept. Pneumonie	1
Perforation des Uterus	1
Nebenerkrankungen	
Ca. Portionis	1
Adnexitis	1
Anaemie	1

Interruptionen wurden aus folgender Indikation vorgenommen:

Tbc. pulm.	22	Herzinsuff.	2
Pernitiöse Anaemie	1	Allgemeine Erschöpfung	1
Anaemie	1	Hernia	1
Hyperemesis	2	Nephritis	1

Bei aktiver Behandlung ergab sich eine durchschnittliche Aufenthaltsdauer in der Klinik von 9,7 Tagen, bei konservativer Behandlung 10,4 Tage.

Bei aktiver Behandlung ergab sich eine Mortalität von 0,9%, bei konservativer Behandlung von 4%.

Todesfälle hatten wir 3 zu verzeichnen.

Fall 1.

22 Jahre alte Zuschneidersfrau kam am 14. 6. 26 mit der Diagnose „septische Peritonitis" in die Klinik.

Angaben: Donnerstag, den 10. 6. starke Blutung, Abgang eines größeren Stückes, die gerufene Hebamme machte Lysolspülung, der Arzt habe den Abgang für vollständig gehalten und Tropfen verordnet. Fieber seit Donnerstag nachmittag. Seit dem Blutabgang Behandlung mit „selbstbereitetem Tee" durch die Hebamme. Seit Freitag Erbrechen. Patientin macht einen schwerkranken Eindruck, kurzatmig, Sensorium nicht ganz frei. Leib stark aufgetrieben, druckempfindlich, gespannt, vom hinteren Scheidengewölbe geringe Infiltration. Puls 150. Temperatur 40,0.

15. 6. Häufiges Erbrechen, Temperatur morgens 36,5.

16. 6. Status unverändert. Puls 150. Sekt, Wein.

18. 6. Leib weicher. Puls 130. Allgemeinbefinden besser.

21. 6. Leib stark gespannt. Zunge feucht. Puls 136.

23. 6. Leib gespannt. Puls 150.

26. 6. Rascher Verfall. Puls fliegend, kaum fühlbar. Bewußtsein ungetrübt, Atmung rasch. 7^{30} Uhr Exitus letalis.

Die Sektion gab keinen Anhaltspunkt für einen artificiellen Eingriff.

Fall 2.

31 Jahre alte Hilfsarbeitersfrau. Abortus Mens. III. Aufgenommen am 27. 11. 26. Am 26. 6. Abgang der Frucht zu Hause. Da die Nachgeburt nicht kam, in die Klinik eingewiesen. In den letzten Tagen angeblich schon Temperatur.

Am 27. 11. wurde Nachräumung vorgenommen. Die festsitzende Plazenta wird stückweise entfernt. Jodauswischung, Jodoform-Gazestreifen.

29. 11. Temperatur 40,0. Leib weich. Kampfer, Fulmargin.

30. 11. Drei Schüttelfröste, Cardiaca.

2. 12. Keine Herzmittel, da Kreislauf nicht mehr reagiert, wegen motorischer Unruhen Mph. Pantopon.

5. 12. Unter zunehmender Kreislaufschwäche Exitus letalis.

Fall 3.

31 Jahre alte Werkmeistersfrau. Wegen Blutung Curettage durch Arzt. Am nächsten Tage Atemnot, Fieber, Mattigkeit.

Status: Kleine, blasse Frau. Braun belegte Zunge, trockene Lippen, Puls weich 120. Leib meteoristisch, Muttermund Fingerkuppe einlegbar. Keine Curettage. Sepsis post Abortum. Exitus.

1927.

1. Januar bis 31. Dezember.

Im Berichtsjahr behandelten wir 352 Fälle von Abort, darunter 40 Interruptionen.

Es trafen auf:

Verheiratete	142 = 40,4%
Ledige	210 = 59,6%

Das Verhältnis zwischen Verheirateten und Ledigen, Erstgebärenden und Mehrgebärenden stellt sich folgendermaßen dar:

Stand	I-para	M-para
Verheiratet	15	119
Ledig	133	85

Die Altersklassen gruppieren sich folgendermaßen:

Altersklasse	Zahl
14 Jahre	1
15—20 Jahre	28
21—25 „	120
26—30 „	110
31—35 „	57
36—40 „	27
41—45 „	9

Die Untersuchung nach dem Schwangerschaftsmonat lieferte folgende Zusammenstellung:

Monat	Zahl
1. Monat	5
2. Monat	143
3. Monat	118
4. Monat	51
5. Monat	26
6. Monat	9
Summe	352

Es waren:

Fieberfrei	278 Fälle	= 70,5%
Fieberhaft	104 Fälle	= 29,5%

Die fieberhaften Fälle verteilen sich wie folgt auf Ledige und Verheiratete, Erst- und Mehrgebärende:

	fieberhaft	
Stand	I-para	M-para
Verheiratet	7	38
Ledig	43	16

Von 352 Abortfällen behandelten wir:

Rein aktiv	308 Fälle	= 87,5%
Rein konservativ	33 Fälle	= 9,4% (davon 15 ab. im.)
Konservativ mit der Notwendigkeit der Nachräumung	11 Fälle	= 3,1%

In den meisten Fällen, 87,5%, gingen wir aktiv vor. Der Verlauf der fieberhaften Fälle gestaltete sich folgendermaßen:

Verlauf	aktiv	konservativ
Völlig fieberfrei blieben	213	22
Bei der Einlieferung Fieber, nach der Operation entfiebert	58	4
Reaktionsfieber	12	4
Leichtes Fieber	18	—
Schweres Fieber	7	3
Fieber wegen Nebenerkrankungen	—	—
Summe	308	33

Hiervon starben:

Aktiv behandelt	1 = 0,3%
Konservativ behandelt	0 = 0 %

Nachfolgende Zusammenstellung gibt einen Überblick über die Dauer des Fiebers von 104 fieberhaften aktiv bzw. konservativ behandelten Fällen:

Verlauf	aktiv	konservativ
Sofort entfiebert	58	3
Am 2. bis 5. Tag entfiebert	15	5
Später entfiebert	18	3
Summe	93	11

Komplikationen	Zahl
Sepsis	3
Perforationen	2
Pelveoperitonitis	1
Parametritis	1
Pneumonie	1
Endometritis	4
Postoperat. Pneumonie u. metastatische Peritonitis	1 (Exitus)

Nebenerkrankungen	
Adnextumor	1
Lues	1
Myom	1
Go.	2

Interruptionen wurden aus folgender Indikation vorgenommen:

Tbc. pulm.	24	Idiotie	1
Tbc. coxitis	1	Anaemie u. Varicen	1
Enges Becken	1	Herzinsuff.	2
Anaemie	1	Asthma	1
Myom	1	Rachitis	1
Thyreotoxikose	3	Herzinsuff.	1
Amaurose	1	Bauchbruch (Exitus)	1

Bei aktiver Behandlung ergab sich eine Aufenthaltsdauer in der Klinik von 7,3 Tagen, bei konservativer Behandlung von 12,2 Tagen.

Bei aktiver Behandlung ergab sich eine Mortalität von 0,3%, bei konservativer Behandlung von 0%.

Todesfall hatten wir 1 zu verzeichnen:

Todesfall.

36 Jahre alte Glasersfrau Mens. III wegen Bauchbruch zur Interruptio eingewiesen. Sectio fundalis, Sterilisation, Bauch- und Nabelbruchoperation. Postoperative Pneumonie und metastatische Peritonitis. Exitus.

1928.

1. Januar bis 31. Dezember.

Im Berichtsjahr behandelten wir 366 Fälle von Abort, darunter 55 Interruptionen.

Es trafen auf:

Verheiratete	178 = 48,7%
Ledige	188 = 51,3%

Das Verhältnis zwischen Verheirateten und Ledigen, Erst- und Mehrgebärenden stellt sich folgendermaßen dar:

Stand	I-para	M-para
Verheiratet	29	146
Ledig	130	61

Die Altersklassen gruppieren sich folgendermaßen:

Altersklasse	Zahl	Prozent
14 Jahre	1	
15—20 Jahre	30	
21—25 „	128	
26—30 „	102	
31—35 „	65	
36—40 „	31	
41—45 „	8	
46 Jahre	1	

Die Untersuchung nach dem Schwangerschaftsmonat lieferte folgende Zusammenstellung:

Monat	Zahl
1. Monat	5
2. Monat	135
3. Monat	140
4. Monat	48
5. Monat	29
6. Monat	9
Summe	366

Es waren:

Fieberfrei	272 Fälle	= 74,6%
Fieberhaft	94 Fälle	= 25,4%

Die fieberhaften Fälle verteilten sich wie folgt auf Verheiratete und Ledige, Erst- und Mehrgebärende:

	fieberhaft	
Stand	I-para	M-para
Verheiratet	4	35
Ledig	39	16

Von 366 Abortfällen behandelten wir:

Rein aktiv	332 Fälle	= 90,7%
Rein konservativ	23 Fälle	= 5,6% (davon 8 ab. im.)
Konservativ mit der Notwendigkeit der Nachräumung	11 Fälle	= 3,7%

In den meisten Fällen, = 90,7%, gingen wir aktiv vor. Der Verlauf der fieberhaften Fälle gestaltete sich wie folgt:

Verlauf	aktiv	konservativ
Völlig fieberfrei blieben	269	20
Bei der Einlieferung Fieber, nach der Operation entfiebert	49	—
Reaktionsfieber	9	—
Leichtes Fieber	13	2
Schweres Fieber	5	1
Fieber wegen Nebenerkrankungen	15	—
Summe	332	23

Hiervon starben:

Aktiv behandelt	4	= 1,2%
Konservativ behandelt	0	= 0 %

Nachfolgende Zusammenstellung gibt einen Überblick über die Dauer des Fiebers von 94 fieberhaften aktiv bzw. konservativ behandelten Fällen:

Verlauf	aktiv	konservativ
Sofort entfiebert	49	1
Am 2. bis 5. Tag entfiebert	17	2
Später entfiebert	25	—
Summe	91	3

Komplikationen	Zahl
Endometritis	12
Sepsis	2 (Exitus)
Peritonitis	2 (Exitus)
Pelveoperitonitis	1
Parametritis	2

Nebenerkrankungen

Adnextumor	1	Anaemie	1
Pyelitis	1	Go.	2
Blasenmole	1	Retroflexio	1
Lues	1	Enteritis	1
Myom	1	Angina	1
Placentarpolyp	1	Lungeninfarkt	1

Interruptionen wurden aus folgender Indikation vorgenommen:

Tbc. pulm.	30	Herzinsuff.	4
Thyreotoxikose	2	Nephrose	2
Varicen	2	Hernia	1
Phlebitis	1	Chronische Cystitis	1
Aton. Blutung	1	Hyperemesis	3
Status encephal.	1	Asthma	1
Schizophrenie	1	Otosklerose	1
Basedow	2	Enges Becken	1

Bei aktiver Behandlung ergab sich eine Aufenthaltsdauer in der Klinik von 5,9 Tagen, bei konservativer Behandlung von 11 Tagen.

Bei aktiver Behandlung ergab sich eine Mortalität von 1,2%, bei konservativer Behandlung von 0%.

Todesfälle hatten wir 4 zu verzeichnen.

Fall 1.

38 Jahre alte Verkäuferin, ledig, Mens. III. Aufgenommen am 1. 1. 28. Vor 4 Wochen Blutung, Schmerzen im Leib, ärztliche Behandlung. Seit 1. 1. ½8 Uhr morgens erneute Blutung, wehenartige Schmerzen, Klinikaufnahme.

Status: Kräftige Patientin, guter E. Z. Bei Palpation der Unterbauchgegend starke Spannung und Schmerzhaftigkeit. Muttermund fingerdurchgängig. Uterus vergrößert, weich, Sondenlänge 14 cm. Entfernung der Frucht und der Placenta Aprasio. Mittelstarke Blutung.

3. 1. Tampon entfernt, Wohlbefinden.

5. 1. Patientin macht einen septischen Eindruck. Cylotropin intravenös.

10. 1. Starke Schmerzen in der rechten hinteren unteren Lungengegend. Atemnot, Husten, Dämpfung, Bronchialatmen.

11. 1. 9^{45} vormittags rasch zunehmende Kreislaufschwäche. Exitus.

Fall 2.

32 Jahre alte Kellnersfrau. Aufgenommen am 26. 2. 28. Am 16. 2. Sturz auf der Treppe, Schmerzen, Blutung, Schüttelfrost, Klinikaufnahme. Vor 8 Tagen Curettage durch Arzt in der Sprechstunde.

Status: Schwächliche Frau, etwas somnolent. Leib meteoristisch aufgetrieben, blutiger Ausfluß. Puls 130. Temperatur 38,9.

Am 29. 2. profuse Schweißausbrüche, völlig benommen, motorische Unruhe, rapider Kräfteverfall. Exitus 8^{15} Uhr.

Fall 3.

39 Jahre alte Stütze, vor 14 Tagen angeblich spontan Abort, Curettage durch Arzt. Erbrechen, Windverhaltung, Leibschmerzen. Wegen Verdacht der septischen Peritonitis in die Klinik eingewiesen.

Status: Fiebergerötetes Gesicht, trockene Zunge, Cyanose, Galleerbrechen, Leib aufgetrieben. Muttermund Fingerkuppe durchgängig.

8. 3. Bewußtlos. Temperatur 39. Atmung unregelmäßig.

10. 3. 12^{30} Uhr Kolpotomie. Einige Eßlöffel dünnflüssigen, leicht sanquinolenten Eiters.

12. 3. 10^{35} Uhr Exitus.

Fall 4.

29 Jahre alte Kontoristin zur Interruptio wegen Thyreotoxikose Mens. II in die Klinik eingewiesen. Curettage. Nach 7 Tagen Verschlechterung des Allgemeinbefindens, Schüttelfrost, Stuhl- und Windverhaltung, Zunge trocken, belegt. Atmung oberflächlich. Subikterische Verfärbung. Puls 130. Punktion des Douglas ergibt dünnflüssigen Eiter.

24. 5. Rapid zunehmender Kräfteverfall. Exitus. Peritonitis.

1929.

1. Januar bis 31. Dezember.

Im Berichtsjahr behandelten wir 424 Fälle von Abort, darunter 35 Interruptionen.

Es trafen auf:

Verheiratete	196 = 46,2%
Ledige	228 = 53,8%

Das Verhältnis zwischen Verheirateten, Ledigen, Erstgebärenden und Mehrgebärenden stellt sich folgendermaßen dar:

Stand	I-para	M-para
Verheiratet	19	194
Ledig	146	65

Die Altersklassen gruppieren sich folgendermaßen:

Altersklasse	Zahl
15—20 Jahre	44
21—25 „	118
26—30 „	123
31—35 „	85
36—40 „	38
41—45 „	16

Die Untersuchung nach dem Schwangerschaftsmonat lieferte folgende Zusammenstellung:

Monat	Zahl
1. Monat	2
2. Monat	173
3. Monat	146
4. Monat	62
5. Monat	24
6. Monat	17

Es waren:

Fieberfrei	312 Fälle = 73,9%
Fieberhaft	112 Fälle = 26,1%

Die fieberhaften Fälle verteilen sich auf Ledige und Verheiratete, Erst- und Mehrgebärende wie folgt:

	fieberhaft	
Stand	I-para	M-para
Verheiratet	10	53
Ledig	47	2

Von den 424 Abortfällen behandelten wir:

Rein aktiv	343 Fälle = 80,8%
Rein konservativ	52 Fälle = 12,2% (davon 32 ab. im.)
Konservativ mit der Notwendigkeit der Nachräumung	24 Fälle = 7 %

In den meisten Fällen, 343 = 80,8%, gingen wir aktiv vor. Der Verlauf der fieberhaften Fälle gestaltete sich folgendermaßen:

Verlauf	aktiv	konservativ
Völlig fieberfrei blieben	238	45
Bei der Einlieferung Fieber, nach der Operation entfiebert	68	—
Reaktionsfieber	12	2
Leichtes Fieber	10	2
Schweres Fieber	8	1
Fieber wegen Nebenerkrankungen	7	2
Summe	343	52

Hiervon starben:

Aktiv behandelt	1 = 0,2%
Konservativ behandelt	1 = 1 %

Nachfolgende Zusammenstellung gibt einen Überblick über die Dauer des Fiebers von 112 fieberhaften aktiv bzw. konservativ behandelten Fällen:

Verlauf	aktiv	konservativ
Sofort entfiebert	68	1
Am 2. bis 5. Tag entfiebert	25	4
Später entfiebert	12	2
Summe	105	7

Komplikationen	Zahl
Endometritis	9
Parametritis	1
Endocarditis sept.	1 (Exitus)
Pelveoperitonitis	2
Sepsis	2
Uterusperforation	2 (davon 1 Exitus)

Nebenerkrankungen

Adnextumor	1	Pleurit. Exudat	1
Lungeninfarkt	1	Ovarialtumor	1
Cystitis	1	Endocarditis	1
Angina	5	Anaemie	3
Lues	2	Go.	1

Interruptionen wurden aus folgender Indikation vorgenommen:

Tbc. pulm.	23	Basedow	1
Aortitis luica	1	Herzinsuff.	3
Rectus Diastase	1	Epilepsie	1
Varicositas	1	Hyperemesis	3
Allgem. Erschöpfung	1		

NB. Fünf Fälle zeigten kurzdauernde Temperaturschwankungen.

Bei aktiver Behandlung ergab sich eine Aufenthaltsdauer in der Klinik von 8,3 Tagen, bei konservativer von 13,4 Tagen.

Bei aktiver Behandlung ergab sich eine Mortalität von 0,2%, bei konservativer Behandlung von 1,4%.

Todesfälle hatten wir 2 zu verzeichnen.

Fall 1.

34 Jahre alte Ingenieursgattin, M. p. Mens. III, wurde am 24. 5. 29 in die Klinik aufgenommen.

Am 8. 5. starke Blutung. Nach anfänglichem Wohlbefinden plötzlich hohes Fieber, Schüttelfröste.

Status: Äußerst anaemische Frau. Bauchdecke etwas gespannt, Punktion des Douglas, der sich vorwölbt, ergab ein negatives Resultat. Muttermund geschlossen. Übelriechender, blutiger Fluor.

Therapie: 2½stündlich Cardiazol, Coffein, nachmittags rascher Verfall, Cyanose, Zeichen eines beginnenden Lungenödems. 20 Uhr Exitus.

Sektionsbefund: Sepsis nach Abort (kriminell!), thrombophlebitischer Form.

Fall 2.

34 Jahre alte Hilfsarbeitersfrau, M. p. Mens. II, wurde am 30. 6. 29 aufgenommen.

Am 26. 6. 29 Curettage durch behandelnden Arzt im Sprechzimmer. Abends Schüttelfrost, hohes Fieber.

Status: Gelbliche Hautfarbe, Cyanose, Puls klein, sehr beschleunigt 130. Leib vorgewölbt, stark druckempfindlich. Muttermund Fingerkuppe einlegbar.

Therapie: Punktion des Douglas, kein Eiter. Colpotomie, große Menge dicken Eiters. Drainage, 50 ccm Calorose Cardiaca.

1. 7. Puls kaum fühlbar, Cyanose, Zunge trocken, Singultus, zunehmender Verfall. 1^{30} Uhr Exitus.

Sektionsbefund: Diffuse Peritonitis, ausgehend von einer etwa 2 mm im Durchmesser messenden Perforationsstelle der hinteren Uteruswand. Erhebliche Anaemie sämtlicher Organe.

1930.

1. Januar bis 1. Dezember.

Im Berichtsjahr behandelten wir 319 Fälle von Abort, darunter 29 Interruptionen.

Es trafen auf:

Verheiratete	165 = 51,7%
Ledige	154 = 48,2%

Das Verhältnis zwischen Verheirateten und Ledigen, Erst- und Mehrgebärenden stellt sich folgendermaßen dar:

Stand	I-para	M-para
Verheiratet	13	137
Ledig	117	52

Die Altersklassen gruppieren sich folgendermaßen:

Altersklasse	Zahl	Prozent
15—20 Jahre	30	9,3
21—25 „	125	39,1
26—30 „	80	25,8
31—35 „	54	23,1
36—40 „	22	6,9
41—45 „	7	2,1
47 Jahre	1	

Die Untersuchung nach dem Schwangerschaftsmonat lieferte folgende Zusammenstellung:

Monat	Zahl
1. Monat	3
2. Monat	115
3. Monat	139
4. Monat	40
5. Monat	13
6. Monat	9
Summe	319

Es waren:

Fieberfrei	257 Fälle = 80,5%
Fieberhaft	62 Fälle = 19,5%

Die fieberhaften Fälle verteilen sich wie folgt auf Ledige und Verheiratete, Erst- und Mehrgebärende:

	fieberhaft	
Stand	I-para	M-para
Verheiratet	2	31
Ledig	24	5

Von 319 Abortfällen behandelten wir:

Rein aktiv	292 Fälle = 91,2%	
Rein konservativ	27 Fälle = 8,3%	(davon 19 ab. im.)
Konservativ mit der Notwendigkeit der Nachräumung	7 Fälle = 2,1%	

In den meisten Fällen, = 91,2%, gingen wir aktiv vor. Der Verlauf der fieberhaften Fälle gestaltete sich folgendermaßen:

Verlauf	aktiv	konservativ
Völlig fieberfrei blieben	236	21
Bei der Einlieferung Fieber, nach der Operation entfiebert	32	—
Reaktionsfieber	7	—
Leichtes Fieber	8	3
Schweres Fieber	5	2
Fieber wegen Nebenerkrankungen	4	1
Summe	292	27

Hiervon starben:

Aktiv behandelt	1 = 0,3%
Konservativ behandelt	2 = 7,4%

Nachfolgende Zusammenstellung gibt einen Überblick über die Dauer des Fiebers von 62 fieberhaften aktiv bzw. konservativ behandelten Fällen:

Verlauf	aktiv	konservativ
Sofort entfiebert	32	1
Am 2. bis 5. Tag entfiebert	17	2
Später entfiebert	7	3
Summe	56	6

Komplikationen	Zahl		
Endometritis	3		
Thrombophlebitis	1		
Sepsis	2 (Exitus)		
Uterusperforation	1 (Exitus)		
Parametritis	3		
Nebenerkrankungen			
Tonsillarabszeß	1	Go.	2
Cystopyelitis	1	Pleuritis	1
Lues	1		

Interruptionen wurden aus folgender Indikation vorgenommen:

Tbc. pulm.	18	Vitium cordis	1
Arthritis deform.	1	Ablatio retinae	1
Thrombophlebitis	1	Status prae eclamp.	1
Pneumothorax	1	Status post eclamp.	1
Hyperemesis	1	Thyreotoxikose	1

Bei aktiver Behandlung ergab sich eine Aufenthaltsdauer in der Klinik von 5,4 Tagen, bei konservativer Behandlung von 9,6 Tagen.

Bei aktiver Behandlung ergab sich eine Mortalität von 0,3%, bei konservativer Behandlung von 7,4%.

Todesfälle hatten wir 3 zu verzeichnen.

Fall 1.

20 Jahre alte Näherin wurde am 15. 1. in die Klinik aufgenommen. Seit 14. 1. Blutung und Schmerzen. Temperatur angeblich 39,2.

NB. 1 Partus praematurus Totgeburt Lues!

Status: Mittelgroße Patientin. Guter E. Z. Zunge feucht, Herz o. B. Muttermund fingerdurchgängig. Uterus frauenfaustgroß aufgelockert. Nachmittags starke Schmerzen, Bauchdeckenspannung, jedoch keine Blutung.

Beckentieflagerung, Eisblase, Cardiaca. Befinden ziemlich schlecht. Nasenflügelatmen, subikterische Verfärbung, Atemnot, Hustenreiz, Bronchialatmen, mittelblasige R. G. Stark zunehmende Kreislaufschwäche, die 2^{15} Uhr zum Exitus führt.

Fall 2.

47 Jahre alte Arbeitersfrau wurde wegen Vitium cordis zur Interruptio eingewiesen.

Status: Blasse Frau, leicht cyanotisch, Ödeme. Puls in Ruhe 90. Herzgrenzen vergrößert. Stauungsleber und Stauungskatarrh der Lunge.

21. 8. Instrumentelle Ausräumung des Uterus, wobei perforiert wird durch einen jüngeren Assistenzarzt in der linken Tubenecke und Dünndarm vorgezogen wird. Anschließend Totalexstirpation des Uterus und Darmresektion. Cardiaca 500 ccm Calorose intravenös.

22. 8. Patientin sieht zusehends verfallen aus. Untertemperatur 35,5. 17 Uhr Exitus.

Sektion ergab Lungenembolie.

Fall 3.

29 Jahre alte Maurersfrau wurde am 9. 3. 30 sterbend in die Klinik eingeliefert. Der begleitende Ehemann gibt an:

Am 27. 2. zu Hause Spontan-Abort, Schüttelfrost, Temperatur 41. Plötzlich schwerstes Krankheitsgefühl. Keine Curettage.

Status: Bewußtlos, cyanotisch, rasselnde Atmung, Speichelfluß, läßt unter sich. Puls 136. Temperatur 42,5. Leib leicht eindrückbar. Muttermund Fingerkuppe einlegbar. Uterus weich, frauenfaustgroß. 17^{40} Uhr unter Symptomen rapid zunehmender Kreislaufschwäche Exitus.

Sektion: Gehirnlähmung bei Thromboembolie der Art. basilar nach kriminellem Abort Mens. IV.

Gesamtübersicht.

Vom 1. Januar 1921 bis 1. Dezember 1930

behandelten wir insgesamt 3154 Aborte, darunter 363 Interruptionen.

Es trafen auf:

Verheiratete	1473 = 45,42%
Ledige	1681 = 54,58%

Das Verhältnis zwischen Verheirateten und Ledigen, Erst- und Mehrgebärenden stellt sich folgendermaßen dar:

Stand	I-para	M-para
Verheiratet	143 = 6,1 %	1133 = 35,8 %
Ledig	1200 = 38,04%	675 = 19,96%

Die Altersklassen gruppieren sich folgendermaßen:

Altersklasse	Zahl	Prozent
14 Jahre	3	0,09
15—20 Jahre	307	9,32
21—25 „	1063	33,70
26—30 „	885	28,06
31—35 „	539	17,08
36—40 „	259	6,04
41—46 „	94	2,90
47 Jahre	4	0,10
Summe	3154	

Die Untersuchung nach dem Schwangerschaftsmonat lieferte folgende Zusammenstellung:

Monat	Zahl	Prozent
1. Monat	67	2,12
2. Monat	1160	36,71
3. Monat	1199	38,01
4. Monat	449	14,23
5. Monat	193	6,11
6. Monat	86	2,72
Summe	3154	

Es waren:

Fieberfrei	2322 Fälle	= 73,7%
Fieberhaft	832 Fälle	= 26,3%

wobei wir als obere Grenze eine Achseltemperatur von 37,5 annehmen.

Die fieberhaften Fälle verteilen sich wie folgt auf Ledige und Verheiratete, Erst- und Mehrgebärende:

	fieberhaft	
Stand	I-para	M-para
Verheiratet	45	353
Ledig	318	121

Von den 3154 Abortfällen behandelten wir:

Rein aktiv	2801 Fälle	= 88,8 %
Rein konservativ	253 Fälle	= 8,05%
Konservativ mit der Notwendigkeit der Nachräumung	100 Fälle	= 3,15%

In den meisten Fällen, 88,8%, gingen wir aktiv vor. Der Verlauf der fieberhaften Fälle gestaltete sich folgendermaßen:

Verlauf	aktiv	konservativ
Völlig fieberfrei blieben	1969 = 70,3%	188 = 74,2%
Bei der Einlieferung Fieber, nach der Operation entfiebert	518 = 68,6%	17 = 24,0%
Reaktionsfieber	82	5
Leichtes Fieber	103	18
Schweres Fieber	52	22
Fieber wegen Nebenerkrankungen	77	13
Summe	2801	253

Hiervon starben:

Aktiv behandelt	28 = 0,9%
Konservativ behandelt	10 = 3,9%

Mortalität in Prozent ausgedrückt:

	aktiv	konservativ
1921	1,2	0,0
1922	1,04	3,7
1923	1,05	7,7
1924	1,7	0,0
1925	2,01	10,0
1926	0,9	4,0
1927	0,3	0,0
1928	1,2	0,0
1929	0,2	1,4
1930	0,3	7,4
durchschnittlich	1,9	3,42

Bei aktivem Vorgehen blieben von 3154 Fällen 1969 fieberfrei, es entfieberten bei aktiver Behandlung 518 Fälle, = 68,6% von 757 fieberhaften Aborten, sofort nach der Curettage.

Bei konservativem Vorgehen dagegen entfieberten am ersten Tage nur 17 Fälle, = 26,01% von 65 fieberhaften Abortfällen.

Durchschnittliche Aufenthaltsdauer bei aktiver Behandlung 7,9 Tage, bei konservativer Behandlung 10,8 Tage.

Häufigste Komplikationen:

Sepsis	21, davon 7 Exitus.	Ileus	1 Exitus.
Peritonitis	12, davon 9 Exitus.	Uraemie	1 Exitus.
Perforationen	9, davon 1 Exitus.	Endocarditis	1 Exitus.

Aus unserer Statistik ergibt sich, daß die ledigen Frauen in überwiegender Mehrheit abortieren, was mit der allgemeinen Lockerung der Sitten und der Verantwortungslosigkeit der Frauen selbst bzw. der Kindsväter zusammenhängt, die nicht die Sorge für die Folgen ihrer sexuellen Beziehungen übernehmen wollen und die Frauen deshalb veranlassen, sich die Leibesfrucht abzutreiben oder abtreiben zu lassen. Aus Bequemlichkeitsgründen versuchen die verheirateten, mehrgebärenden Frauen ihre Kinderzahl zu beschränken, woraus sich aus der statistischen Verwertung einerseits der hohe Prozentsatz der ledigen Erstgebärenden gegenüber den verheirateten Erstgebärenden und andererseits der hohe Prozentsatz ergibt, den die verheirateten Mehrgebärenden gegenüber den ledigen Mehrgebärenden einnehmen. Aus der großen Beteiligung der Ledigen

an Aborten, — 54,48%, ergibt sich auch der hohe Prozentsatz der Frauen, die mit 21—30 Jahren abortieren. Besonders hoch ist die Gruppe von 21—25 Jahren daran beteiligt; in drei Fällen handelte es sich um Mädchen mit 14 Jahren, an denen angeblich Notzucht verübt wurde. Die meisten Frauen abortierten in überwiegender Mehrzahl im zweiten bzw. dritten Monat, was sich mit den meisten Statistiken anderer Kliniken deckt. Die fieberhaften Fälle betrugen in den letzten 10 Jahren insgesamt 832 Fälle, — 26,3%, was eine wesentliche Abnahme der fieberhaften Fälle von unserer Klinik bedeutet. Schnurrer und Weinauer ermittelten 33,24 bzw. 31,94%. Einen ähnlichen Prozentsatz der fieberhaften Fälle, wie meine Statistik liefert, ergeben die Arbeiten von 29 Autoren, die unter insgesamt 47 330 Abortfällen 11 974, — 25%, fieberhafte Fälle hatten.

Als häufigste Komplikation unserer Abortfälle hatten wir 54 Endometritis zu verzeichnen; daran schließen sich 21 septische Fälle an, davon 7 Exitus bei aktiver, bzw. konservativer Behandlung, 12 Peritonitis, davon 9 Exitus, 9 Uterusperforationen, davon 1 Exitus, ferner 1 Ileus, 1 Uraemie, 1 Endocarditis mit letalem Ausgang.

Die künstliche Schwangerschaftsunterbrechung wurde in den allermeisten (120) Fällen, - 33,06%, wegen Tuberkulose pulm. vorgenommen.

Therapie.

Die Ansichten über die Beurteilung der aktiven und exspectativen Behandlung gehen noch weit auseinander. Ebenso besteht noch nicht Einigkeit in der Art des aktiven Vorgehens — einerseits digitale, andererseits instrumentale Ausräumung. Für beide Arten lassen sich Gründe und Gegengründe anführen. Als Damoklesschwert schwebt über der instrumentellen Ausräumung in erster Linie das Gespenst der Perforation, auch mit Recht, denn mit Instrumenten kann leichter eine Perforation gesetzt werden, also zweifellos ein großer Nachteil gegenüber der digitalen Ausräumung. Nach Heynemann trifft auf 200 instrumentelle Ausräumungen eine Perforation und auf 700 instrumentelle Ausräumungen ein Todesfall, der sich bei der digitalen Methode hätte sicher vermeiden lassen. An unserer Klinik hatten wir einen Perforationsfall mit tödlichem Ausgang. Alle übrigen Perforationen wurden durch Ärzte außerhalb der Klinik verursacht. Die sofortige Totalexstirpation ließ alle diese Fälle günstig ausgehen. Folgende Tabelle von Heynemann gibt uns einen Überblick, durch welche Instrumente besonders Perforationen des Uterus verursacht werden:

Instrument	Summe	Urheber
Curette	40	Ärzte
Dilatator	28	„
Abortzange	9	„
Kornzange	5	„
Finger	5	„
Laminaria	1	„
Spritze	5	Abtreiber

Eine weitere allerdings viel geringere Gefahr droht durch Zurücklassen von Abortresten im Uterus. Aus dem Material der hiesigen Klinik über 10 Jahre sind nur 4 Fälle bekannt, die eine zweimalige Curettage wegen Zurückbleiben von Abortresten notwendig machten. Diesen Nachteilen steht in Anbetracht der überwiegenden Mehrzahl der kriminellen und infizierten Aborte ein großer Vorzug der instrumentellen Ausräumung gegenüber, nämlich die viel schonendere Behandlung, ferner wird durch instrumentelle Ausräumung viel eher verhindert, daß Keime von der Vulva und Vagina in den Uterus gelangen können. Die instrumentelle Ausräumung läßt sich außerdem eher ohne Narkose ausführen, was für den praktischen Arzt ein großer Vorteil ist, außerdem ist eine Narkose bei sehr ausgebluteten und schwer infizierten Frauen nicht unbedenklich. Unsere Klinik gibt der instrumentellen Ausräumung den Vorzug, als der bei sachgemäßer Durchführung am erfolgreichsten Methode. Solange der Muttermund nicht eröffnet, d. h. bequem für die einzuführenden Instrumente durchgängig, wird nicht curettiert. Besteht keine starke Blutung, so wird bei nicht eröffnetem Muttermund, selbst wenn Fieber besteht, versucht, den Abortus durch absolute Bettruhe aufzuhalten. (Siehe Tabelle.) Ist nach Angabe der Frauen die Frucht bereits abgegangen, oder besteht bei noch nicht vollständig eröffnetem Muttermund heftige Blutung, so wird vorsichtig und sachgemäß mit Landau'schen oder Jolly'schen Dilatatoren der Muttermund erweitert, sodann wird mit der geschlossenen Eizange nach Döderlein, die zur Vermeidung von Perforationen mit einem eigenen Schutzwulst umgeben ist, eingegangen und darin befindliche Eihautteile bzw. der Foetus entfernt, hierauf wird mit der breiten halbscharfen Curette die Uteruswandung, besonders die Tubenecken, aufs sorgfältigste ausgekratzt. Hernach erfolgt Jodauswischung des Uterus und Jodoformgazetamponade des Uterus und der Scheide, die ungefähr nach 6 Stunden entfernt wird. Bei fieberhaften Fällen wird eine Jod-Alkoholspülung des Uterusinneren vorgenommen. Bei Aborten über Mens. III versuchen wir, sofern

keine lebensbedrohende Blutung besteht, bei noch nicht ganz eröffnetem Muttermund die Spontanausstoßung der Frucht durch Wehenmittel (3mal täglich 0,3 Chinin und Hypophysenextrakte) zu veranlassen; erfolgt die Ausstoßung nicht innerhalb der nächsten 24 Stunden, so wird ausgeräumt. Selbstverständlich lassen wir auch schwerfiebernde Frauen mit septischem Eindruck, wenn nicht starke Blutung besteht, unangetastet.

Zusammenfassend läßt sich die Stellungnahme der Weberschen Klinik zur Abortbehandlung dahingehend formulieren, daß jeder im Gang befindliche Abort, sei er fieberhaft oder fieberfrei, ausgeräumt wird.

Mit unserem aktiven Vorgehen, = 88,8%, erreichten wir, daß von 2801 aktiv behandelten Fällen 1969, = 70,3%, fieberfrei verliefen. Ferner entfieberten von 757 fieberhaften aktiv behandelten Fällen sofort nach der Curettage 518, = 68,6%, während bei konservativem Vorgehen von 75 fieberhaften Fällen nur 17 Fälle, = 24%, sofort entfieberten. Auffallend ist bei aktivem Vorgehen die geringe Mortalität, durchschnittlich 1,9%, während sie bei konservativem Vorgehen 3,42% beträgt. Zum Vergleich zwischen aktiver und konservativer Behandlungsweise bezüglich ihrer Mortalitätsziffer diene folgende Übersicht:

Autor	aktiv	konservativ
Baisch	4,8%	2,4%
Beuthin	9,8%	0,8%
Guttfeld	4,1%	3,6%
Latzko I	11,0%	7,8%
Latzko II	14,5%	0,0%
Traugott	18,1%	22,0%
Winter	15,8%	5,9%

Neben diesem gewaltigen Vorteil des aktiven Vorgehens gestaltet sich die Aufenthaltsdauer der behandelten Frauen wesentlich kürzer als beim konservativen Vorgehen, was für die Frauen, die doch zum größten Teil beruflich tätig sind und möglichst rasch ihrem Verdienste nachgehen müssen, von ausschlaggebender Bedeutung sein dürfte. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer bei aktivem Vorgehen betrug 7,9 Tage, bei konservativem Vorgehen 10,8 Tage. Diese kürzere Aufenthaltsdauer bei der aktiven Methode hängt wohl damit zusammen, daß die Frauen durch die sofortige Curettage einen geringeren Blutverlust erleiden und sich deshalb viel rascher erholen.

All die genannten Vorteile lassen das aktive Vorgehen unserer Klinik in vollstem Maße für berechtigt erscheinen.

Als therapeutische Schlußfolgerung sei auf Grund der klinischen Erfahrungen und der von Warnekros gemachten bakteriologischen Untersuchungen folgende Forderung aufgestellt:

„1. Jeder fieberhafte Abort muß so bald wie möglich ausgeräumt werden und ferner

2. die Qualität der in den Lochien gefundenen Bakterien ist insofern prognostisch ohne Belang, als auch Saprophyten sekundär virulent werden können, wenngleich auch die Streptokokken und Staphylokokken unbedingt als die gefährlichsten Keime angesehen werden müssen." (Warnekros.)

Zum Schlusse meiner Arbeit möchte ich mir gestatten, Herrn Professor Dr. Franz Weber für die gütige Überlassung des Themas und die freundliche Übernahme des Referates, sowie Herrn Professor Dr. Hans Saenger für die liebenswürdige Unterstützung bei der Ausarbeitung meinen ergebensten Dank auszusprechen.

Literatur.

Saenger: Zur Frage der aktiven Abortbehandlung. M. m. W. 1922, No. 6.

Warnekros: Zur Prognose der puerperalen Fiebersteigerungen auf Grund bakteriologischer und histologischer Untersuchungen.

Henrad: Behandlung fieberhafter Aborte, insbesondere unter Berücksichtigung der bakteriologischen Indikationsstellung. Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie, Jahrgang 1925, No. 88.

Hirsch: Über die Legalisierung des künstlichen Abortes im künftigen Strafrecht und die Bedeutung eugenetischer Gesichtspunkte. Z. Bl. 1925, No. 34.

Schneider: Verblutung bei Abortus. Z. Bl. für Geburtshilfe und Gynäkologie 1926, No. 51.

Beuthin: Zur Behandlung des fieberhaften Abortes, Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie 1923, Bd. 73.

Schnurrer: Inaugural-Dissertation, München 1923.

Weinauer: Inaugural-Dissertation, München 1924.

Lebenslauf.

Am 25. Juli 1905 wurde ich, Paul Rosner, als Sohn des verstorbenen Justizrates und Notars Ludwig Rosner in Tegernsee geboren. Nach dreijährigem Besuch des Progymnasiums in Traunstein setzte ich mein Studium am Realgymnasium des Wittelsbacher Gymnasiums in München fort. Nach bestandenem Reifeexamen nahm ich im Sommersemester 1924 das medizinische Studium an der Universität in München auf. Im Frühjahr 1929 bestand ich das ärztliche Staatsexamen und erhielt am 1. August 1930 die Approbation als Arzt.